



**4º Encontro Internacional de Política Social**  
**11º Encontro Nacional de Política Social**  
**Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:**  
**desafios à Política Social**  
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

Eixo: Política social e estratégias de desenvolvimento.

**NOTAS PARA A REFLEXÃO SOBRE A PRECARIZAÇÃO NA  
POLÍTICA DE SAÚDE<sup>1</sup>**

**Gladson Rosas Hauradou<sup>2</sup>**  
**Simone Eneida Baçal de Oliveira<sup>3</sup>**

**Resumo**

Neste estudo realiza-se uma reflexão sobre como as políticas sociais, particularmente a política de saúde brasileira, vem sendo afetada por influências externas, a exemplo das determinações dos organismos multilaterais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional em razão da busca por rentabilidade ante a redução das taxas de lucros do capital. Assim sendo, o foco são as inflexões capitalistas na condução das políticas sociais na contemporaneidade, sobretudo, da política de saúde. Estas inflexões são reveladoras da precarização presente no andamento dessa política.

**Palavras-chave:** Política de saúde. Precarização.

**NOTES FOR THE REFLECTION ABOUT PRECARIOUSNESS IN HEALTH POLICY**

**Abstract**

In this study we carried out a reflection on how social policies, particularly the Brazilian health policy, has been affected by external influences, such determinations of multilateral organizations like the World Bank and the International Monetary Fund, because of the search for profitability before the reduction in capital gains rates. Therefore, the focus is the capitalist inflections in the conduct of social policy in contemporary, especially health policy. These inflections are revealing the precariousness present in the progress of this policy.

**Keywords:** Health policy. Precariousness.

**Introdução**

A *precarização* do trabalho, ou das políticas voltadas para atender às demandas sociais nas várias esferas de atenção das necessidades humanas fundamentais, como no caso da saúde pública, decorre de uma série de estratégias capitalistas tendo em vista o enfrentamento das crises inerentes ao seu *modus operandi*.

<sup>1</sup> Neste trabalho apresentamos parte da discussão realizada no texto "**Na contracorrente da universalidade:** limites à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)" publicado nos Anais do I Simpósio Internacional Estado, Sociedade e Políticas Públicas realizado em Teresina Piauí de 05 a 08 de abril de 2016.

<sup>2</sup> Especialista em Psicopedagogia Institucional. Estudante de Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS) na Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Professor do Colegiado do Curso de Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Educação e Zootecnia (ICSEZ/UFAM). E-mail: <gladson@ufam.edu.br>.

<sup>3</sup> Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: <sisioliveira@uol.com.br>.

Nessa linha de raciocínio, realiza-se neste estudo uma reflexão sobre como as políticas sociais, particularmente a política de saúde brasileira, vem sendo afetada por influências externas, a exemplo das determinações dos organismos multilaterais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) em razão da busca por rentabilidade ante a redução das taxas de lucros do capital.

Assim sendo, o foco são as inflexões capitalistas na condução das políticas sociais na contemporaneidade, sobretudo da política de saúde. Ou seja, o processo de *precarização* que estas vêm sofrendo em razão da série de investidas que as têm desregulamentado enquanto política pública que ao desmontá-las, gradativamente, cujo *status* assentava-se no direito de cidadão (ã) e dever do Estado, tendem a imprimir consequências irreversíveis nas condições de vida e saúde de expressiva parcela da população que lança mão dos serviços públicos nesse setor. O trabalho apresenta-se como uma das etapas de reflexão sobre o objeto em tela e divide-se em três momentos, a saber: a introdução; o tópico sobre Sobre a Relação Precarização – Política de Saúde e as considerações finais.

## **SOBRE A RELAÇÃO PRECARIZAÇÃO – POLÍTICA DE SAÚDE**

Consta na literatura sociológica crítica do trabalho que com o esgotamento do modelo de produção fordista/taylorista e a emergência, ou a “continuidade” deste com o modelo produtivo mais flexível, com destaque para o toyotismo<sup>4</sup> (ANTUNES; ALVES, 2004<sup>5</sup>), no início da década de 70 do século XX (com espraiamento no Brasil a partir da década de 90) o fenômeno da *precarização* tornou-se presente nas discussões de diversos círculos de estudo (BORSOI, 2001), assim como, no contexto do trabalho em razão de sua manifestação concreta no cotidiano das relações de produção e de suas implicações para a vida em sociedade.

<sup>4</sup> Opondo-se à contra-hegemonia que florescia nas lutas sociais oriundas do trabalho, buscando recuperar seu projeto de dominação societal, o capital deslançou os processos de acumulação flexível (HARVEY, 1992), com base nos exemplos da Califórnia, Norte da Itália, Suécia, Alemanha, dentre tantos outros, com destaque para o chamado toyotismo ou o modelo japonês, que se expandiu e se ocidentalizou, a partir dos anos 1980, em escala global, tendo enormes consequências no mundo do trabalho, através da chamada lioflização organizativa da “empresa enxuta”. (ANTUNES; DRUCK, 2013, p. 215)

<sup>5</sup> Estas mutações na esfera da produção adviriam da “[...] crise do padrão de acumulação taylorista/fordista, que aflorou no fim dos anos 1960 e início dos anos 1970, fez com que o capital desencadeasse um amplo processo de reestruturação produtiva, visando à recuperação do seu ciclo reprodutivo e, ao mesmo tempo, repor seu projeto de hegemonia, que fora então confrontado pelas forças sociais do trabalho que, especialmente em 1968, questionaram alguns dos pilares da sociedade do capital e de seus mecanismos de controle social” (ANTUNES; DRUCK, 2013, p. 215).

Nosso entendimento é de que a *precarização* guarda íntima relação com a contínua internacionalização/mobilidade capitalista, sua expansão para novos mercados, que ao ultrapassar novas fronteiras (geográficas, políticas, culturais, etc.) num movimento de homogeneização de relações sociais e de produção, cuja face mais evidente é a globalização da economia, provoca mudanças substantivas nos territórios (e nas relações sociais neles constituídas) nos quais este venha a se fazer presente mediante os processos de “desterritorialização”. O que, segundo Haesbaert (2013, p. 32) se daria: “[...] sobretudo por meio das relações econômicas, capitalistas e, mais enfaticamente, no campo financeiro e [recentemente] nas atividades mais diretamente ligadas ao ‘ciberespaço’[...]”.

Rogégio Haesbaert (2013) pondera que esses processos podem ser compreendidos em três dimensões, a saber: a) uma de forma ampla: que se relaciona à associação de desterritorialização à globalização com a formação de um mercado mundial com fluxos financeiros independentes de bases territoriais bem definidas; b) outra de forma um pouco mais restrita: ao que o autor considera ser uma das fases da globalização, que se refere ao capitalismo pós-fordista ou de acumulação flexível, cuja flexibilidade seria responsável pelo enfraquecimento das bases territoriais com foco na alocação das empresas e no contexto das relações de trabalho em que se revela a *precarização* nas relações de trabalho; e c) uma última de forma mais restrita ainda: aquela relativa à economia globalizada com ênfase no setor financeiro, especialmente voltada para a especulação.

Interessa-nos neste estudo, a segunda dimensão sinalizada pelo autor sem, contudo, desconsiderar que as três dimensões se interpenetram - a qual se relaciona ao processo de desterritorialização/reterritorialização do capital (DELEUZE; GUATTARI, 1972 *apud* HAESBAERT, 2013) visceralmente articulada à globalização capitalista, em que a descentralização industrial toma maior expressão e intensidade na busca por rentabilidade econômica em novos mercados. Os efeitos desse processo terminaram por debilitar “[...] a organização dos trabalhadores via estimulação dos empregos temporários e da terceirização (com a difusão dos sistemas de subcontratação, por exemplo) [...]” (HAESBAERT, 2013, p. 35).

Dá-se, conseqüentemente e não linearmente, uma onda de inflexões no âmbito produtivo cujos desdobramentos revelaram-se (e ainda revelam-se) nas várias instâncias da vida social, sobretudo, naquelas relativas às políticas sociais e públicas.

Tais mutações, ou novas e multifacetadas modalidades de trabalho desaguaram, por assim dizer, em inúmeras implicações para aqueles que vivem/sobrevivem da venda de sua *força de trabalho* na contemporaneidade. Estas mudanças ocorrem de tal modo que sequer os países capitalistas centrais estão ilesos às condicionalidades inerentes ao modo de produção capitalista (Vide: nota 02).

[...] Paralelamente à globalização produtiva, a lógica do sistema produtor de mercadorias vem convertendo a concorrência e a busca da produtividade num processo destrutivo que tem gerado uma imensa sociedade dos excluídos e dos **precarizados**, que hoje atinge também os países do Norte. Até o Japão e o seu modelo toyotista, que introduziu o “emprego vitalício” para cerca de 25% de sua classe trabalhadora, hoje já ameaça extinguí-lo, para adequar-se à competitividade que reemerge do ocidente “toyotizado”. (ANTUNES, 2001, p. 36 grifos nosso).

Relacionam-se, ainda, a esse processo os problemas atinentes à saúde dos trabalhadores. A manifestação de doenças, advindas com a denominada reestruturação produtiva em que a flexibilização dos direitos e das relações no interior das empresas (indústria ou serviços), torna-se cada vez mais presente no cotidiano dos trabalhadores assalariados. Já que estes devem submeter-se às imposições do mercado, em razão da modalidade produtiva que tem orientado o processo de acumulação capitalista contemporâneo. Segundo Borsoi (2001), no Brasil:

Para os que permanecem empregados, as conseqüências têm sido a sobrecarga física e psíquica, que se expressa em modos de sofrimento como depressão, transtorno psicossomático, transtorno de ansiedade e LER/DORT (Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho) — problemas que se tornaram uma espécie de “bola da vez” nas últimas décadas. Completam a cena determinados acidentes típicos e doenças ocupacionais, problemas antigos que continuam freqüentes, motivados por condições inadequadas de trabalho. (BORSOI, 2001, p. 125).

As formas de resistência aos danos provocados por essas condições de trabalho estavam plasmadas na conquista de direitos os quais estiveram materializados nas políticas sociais que tornadas públicas – direito do cidadão e dever do Estado a exemplo da seguridade social consagrada na Carta Magna de 1988 (Previdência, Saúde)<sup>6</sup>

<sup>6</sup> No campo da saúde, segundo a Lei 8.080/90, esta deve ser regida por princípios que se coadunam com os pressupostos constitucionais. Tratam-se dos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade; e os princípios organizativos baseados na participação popular, na regionalização e hierarquização, na resolubilidade e na descentralização com comando único. A regulamentação desta política se deu como resultado dos movimentos sociais pela saúde sendo o Movimento da Reforma Sanitária a maior expressão dos anseios sociais por uma política de saúde pública.

e Assistência Social) – imprimiam balizas às investidas capitalistas e permitiam as condições necessárias não só há produção de mercadorias e/ou serviços, mas, sobretudo, à reprodução social dos assalariados. O peso destas políticas refere-se ao fato de elas representarem as “[...] funções do Estado capitalista [...] de produzir, instituir e distribuir bens e serviços sociais categorizados como direitos de cidadania [...]” (PEREIRA, 1998, p. 60). Consagradas como produto histórico, fruto do embate entre trabalho x capital, estas foram fundamentais para assegurar aos trabalhadores parte da riqueza socialmente produzida. Quanto à política de saúde brasileira, pós-Constituição de 1988, a literatura sinaliza um conjunto de medidas voltado para sua segmentação. Situação esta que contraria os pressupostos constitucionais os quais determinam a saúde como um direito universal. Concorre para isso uma série de questões como as destacadas por Polignano (2014, p. 24) sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), expressão máxima da política de saúde brasileira, ao afirmar que: “[...] o SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento”.

Contudo, um olhar mais atento revela que estas limitações não estão dissociadas de questões mais amplas as quais escapam à visão imediata com a qual cotidianamente estamos condicionados a conviver. Isto se dá quando se avalia que a efetiva implementação do SUS, que toma como referência seus princípios doutrinários e organizativos supramencionados, revela limitações ainda que considerada a legislação vigente e os mecanismos voltados para a sua efetivação (Ministério Público, Defensoria Pública, etc.). Sobre estas limitações, a década de 90 do séc. XX consagra-se como período em que as disputas - inflexão dos distintos interesses aos níveis nacionais e internacionais - no âmbito do acesso aos direitos sociais encontram grandes resistências para a sua efetivação. Nogueira & Miotto (2009) advogam que:

Há que se considerar [...] a situação adversa às propostas de democracia social, decorrentes dos ajustes macroeconômicos da década de 1990, no Brasil. As políticas de redução do Estado, as privatizações e o novo papel desempenhado pelo mercado como provedor das necessidades de saúde foram a pedra de toque para as dificuldades que ora se apresentam. Há que se reconhecer, no entanto, que o SUS vem superando grandes entraves em seu processo de implantação. (NOGUEIRA; MIOTTO, 2009, p. 233).

A superação desses entraves ainda encontra muita resistência em razão das mudanças relativas à intensiva “redução do Estado”, como destacam as autoras, somada a todo um conjunto de medidas voltadas para a primazia econômica em detrimento do social o que se constitui como elementos que tendem a enfraquecer as bases que sedimentaram o SUS precarizando-o. Tal redução refere-se ao processo de “reforma do Estado” amplamente apregoado nos anos 90 do século XX. Chama-nos a atenção o fato de o termo “reforma”, aqui empregado, encontrar-se permeado por distintas interpretações (e polêmicas) visto que este não atende aos pressupostos presentes nas mobilizações sociais que culminaram com a configuração da Carta Magna de 88 e, por conseguinte, na edificação do SUS. Destaca-se:

[...] o uso indevido do termo reforma pelos adeptos da corrente neoliberal. De acordo com Behring, a palavra reforma é apropriada às ações de contestação à hegemonia do capital, na intenção de ampliar o espaço democrático, na garantia de direitos e redução das desigualdades. Entretanto, o que se percebe na conjuntura atual é que [...] se está diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo progressista e submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e direção sociopolítica. (BEHRING; BOSCHETTI *apud* BORLININI, 2008, p. 324).

Ao considerar a questão, Borlinini (2010) enfatiza a manifestação concreta das estratégias levadas a cabo pelo projeto neoliberal quando do processo de “reforma” que se instaurou no Brasil. As consequências desse processo imprimiram um legado de perdas no contexto das políticas sociais até então destinadas a atender a grande maioria da população brasileira destinatária dessas intervenções estatais: as políticas públicas nos distintos setores.

Para a autora Borlinini (2010):

Os anos 1990 dão continuidade de forma acentuada aos ideais neoliberais nas políticas brasileiras: planos econômicos visando à estabilidade, mas em benefício do pagamento de dívida externa; do processo de privatização de empresas estatais (com imensos incentivos e subsídios por parte do Estado); da redução drástica nos gastos com a área social; e do direcionamento das políticas sociais para a focalização, seletividade e descentralização – trinômio do ideário neoliberal para com as políticas sociais [...]. Tem-se início à contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003): um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital. (BORLININI, 2010, p. 323-324).

Concorda-se com a autora quando se constata que essas medidas, no contexto da saúde pública têm suas raízes na tendência coerente com as recomendações dos denominados “[...] organismos financeiros internacionais dentro do programa de ajuste estrutural, de fortalecimento do setor privado na oferta de saúde [...]”. (BRAVO; MENEZES, 2014). As consequências negativas advindas desse processo revelam-se nas mais variadas formas de exclusão nos distintos níveis de atenção à saúde pública, já que este se estrutura em Baixa, Média e Alta-Complexidade de atendimento. Significa dizer que o ônus social apresenta-se cotidianamente na vida da grande maioria da população que depende diretamente da oferta desses bens e serviços Brasil a fora. Uma apreensão mais acurada dessa questão pode ser encontrada nos estudos recentes de Cislighi (2014). Esta autora nos apresenta uma formatação do processo de desmonte das políticas de saúde em andamento no Brasil considerando o avanço das estratégias de subsunção do trabalho ao capital sob a tutela do capital internacional.

Os desdobramentos engendrados por essa nova forma de condução das políticas sociais no Brasil, e em particular da política de saúde, corroboram para a transferência real das responsabilidades estatais para a iniciativa privada sob a égide do mercado (planos privados de saúde, indústria farmacêutica e de equipamentos destinados aos cuidados em saúde<sup>7</sup>) flexibilizando direitos e, por conseguinte, tendendo à precarização nos serviços ofertados. Vivencia-se, nesse sentido, o contínuo reordenamento na prestação de bens e serviços - cuja responsabilidade maior estava assentada na ação estatal – de modo que o mercado apresenta-se como o grande portador do atendimento às demandas humanas fundamentais como a atenção à saúde. Tais iniciativas se mostram como afronta à cidadania plasmada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS) quando se concede explicitamente a permissão da entrada do capital estrangeiro nos serviços de saúde e os planos obrigatórios para os trabalhadores, visto que estas ações encontram-se/encontravam-se

---

<sup>7</sup> “[...] No caso da saúde, na atualidade, este é um setor econômico importante para os países dominantes, seja por meio de suas empresas de medicamentos e equipamentos, que integram oligopólios químicos e eletroeletrônicos, seja por intermédio de suas seguradoras e, inclusive, do recente envolvimento em mercados de serviços antes constituídos, principalmente, pelo pequeno capital e setor liberal. Um exemplo é a dominação do mercado de hemodiálise por poucas empresas multinacionais que também fabricam o equipamento (como a Fresenius). O setor também é importante para empresas nativas de serviços de saúde, que, desde os anos 2000, vêm passando por um processo de consolidação, de constituição do capital financeiro (junção de planos de saúde com hospitais e clínicas) e de financeirização (abertura de capitais em bolsas de valores). Temos como exemplos grandes cadeias de laboratórios financeirizados, como o Dasa e o Fleury, e empresas como Amil e Bradesco<sup>20</sup>”. (ANDREAZZI, 2013, p. 278).

vedadas na Carta Magna e na LOS. Constatase, portanto, a tendência à seletividade e à restrição do acesso aos bens e serviços ao se impor limites à atenção à saúde já que a universalidade tende a ser relegada à letra morta ao se acentuar a segmentação institucionalizada do atendimento. Tal institucionalização é corporificada nos retrocessos no legislativo e seus impactos na saúde<sup>8</sup>. A contradição, assim, torna-se evidente. Pois:

Apesar do caráter público e universal da saúde ter sido assegurado legalmente na Constituição Federal e nas leis orgânicas da saúde, a condução da política de saúde brasileira tem levado a sua desestruturação como política pública, com a quebra de seu caráter universal, tendo como um dos fatores determinantes a sua privatização, no contexto mais amplo do enfrentamento da crise do capital que tem exigido a intervenção crescente do Estado, para a manutenção de seus interesses, neste processo. Tal condução vem sendo tomada no Brasil com maior visibilidade a partir de 1995, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso com a contrarreforma proposta, sob o comando do então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, e continuou a ser empreendida nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, sob forte orientação dos organismos financeiros internacionais, especialmente o Banco Mundial. (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 34).

Destacaremos algumas iniciativas dessa ordem às quais vêm sendo conduzidas por parlamentares brasileiros e do ônus social que tende a se fazer presente no contexto da saúde. Uma delas é a determinação do Orçamento Impositivo cujo marco normativo é a Emenda Constitucional 86/2015 e ainda a aprovação da lei 1.397/2015 que permite a abertura da saúde brasileira para o capital estrangeiro.

A EC-86/15 asfixia o SUS não só pela diminuição dos recursos federais, mas também pela criação da emenda impositiva que tira da saúde o que era para ser transferido automaticamente para os orçamentos municipais e estaduais e dá aos parlamentares o poder de devolvê-los de acordo com interesses políticos particulares. O orçamento deveria garantir o atendimento às necessidades de saúde expressas em planos de saúde e aprovados nos conselhos, e não ser objeto de negociações eleitorais ou partidárias. Além da EC 86/15, foi aprovada a Lei 13019, de 2014, que abriu a assistência à saúde ao capital estrangeiro, numa afronta à vedação constitucional inserida no art. 199, § 3º, que proíbe tal participação por ser antagônica à definição da saúde como direito público. Este artigo 142 da lei está sendo arguido de inconstitucionalidade pelas entidades de defesa do SUS universal e igualitário. (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE, 2015).

---

<sup>8</sup> Esta discussão está contida em artigo de Juliana Fiuza Cislighi intitulado “Retrocessos no Legislativo e Impactos para a Saúde no Brasil”. Vide: *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza.* – 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

Ratifica-se, assim, o entendimento de que as influências externas relativas aos denominados organismos multilaterais no que se refere à tomada de decisões atinentes à utilização dos recursos públicos terminam por condicionar, em larga medida, o destino das políticas públicas brasileiras. Desconsiderar essas questões implica numa visão unilateral da realidade e, por conseguinte, na mistificação das forças que subjaz a implementação da política de saúde pública na contemporaneidade. Como bem nos esclarece as autoras, a condução das políticas no Brasil e, sobretudo, a política de saúde desenvolvem-se:

Atendendo aos ditames do grande capital através dos organismos multilaterais como Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Estado brasileiro vem redimensionando suas ações nas políticas sociais, dando ênfase a uma política focalista, assistencial e privatista. As “reformas” do Estado recomendadas pelos organismos internacionais estão centradas na racionalização de gastos na área social e no fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos. O Banco Mundial afirma que “muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima à privatização”. (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 7). Essa instituição orienta os governos a darem prioridade máxima aos “setores sociais fundamentais”, os mais vulneráveis, promovendo políticas públicas focalistas a fim de conferir eficácia e equidade aos gastos sociais. Nesse processo, ocorre uma diminuição da intervenção estatal na área social, simultânea ao repasse da gestão de serviços públicos para a rede privada, mediante a transferência de recursos públicos. (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 35).

O desenvolvimento cumulativo e crescente desse movimento tem se apresentado na desconstrução da Política Nacional de Saúde (PNS) cujo efeito se revela na não oferta de bens e serviços de modo que a universalidade se apresente efetivamente no conjunto da sociedade com a qualidade postulada pela LOS. Uma das questões, ainda, contidas no debate acerca do processo de desmonte das políticas de saúde e, nesse sentido, a tendência à sua precarização refere-se à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S. A. (EBSERH)<sup>9</sup> em 2011. Esta constitui uma das mudanças

---

<sup>9</sup> Na [...] tentativa de redesenho dos hospitais universitários, o MEC junto ao MPOG, elaboram a Medida Provisória n. 520, assinada em 31 de dezembro de 2010, a qual autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S. A. (EBSERH), que tem, entre outras competências, administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS (Brasil, 2010b). Sob a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão das instituições de ensino e saúde, o governo Lula se despede de seu mandato, deixando a herança das Fundações Estatais de Direito Privado, ainda que sob nova roupagem: a EBSERH. Após a rejeição da MP n. 520 no Senado, em 2011, a então presidente da República, por meio da Lei n. 12.550, autoriza a

no rol de alterações que vem se processando no contexto da saúde brasileira. Segundo estudiosos desta política, o que está presente nessa proposta é um processo institucional de privatização no âmbito da saúde que passa a perder suas características elementares de direito de cidadania. A síntese de Meirelles apud Sodré et. al. (2013, p. 374) é uma indicação da tendência presente na política de saúde brasileira:

[...] a empresa pública é uma figura ambivalente, que pertence ao mesmo tempo ao domínio do público e do privado. Por isso, embora a EBSEH não possa ser considerada um mecanismo de privatização propriamente dito, implica em ampliar o espectro de penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde. (MEIRELLES *apud* SODRÉ *et al.* (2013, p. 374).

As reflexões ora apresentadas representam um alerta acerca das transformações que vêm se processando no contexto da política de saúde brasileira o que representa uma tendência à precarização na oferta de bens e serviços voltados para o atendimento individual e coletivo. Estas indicações nos permitem vislumbrar alternativas de enfrentamento às formas particulares de desmonte deste direito, em curso, no país. Atentar para estas questões apresenta-se como um imperativo ético-político, pois perpassa as relações sociais (e de produção) e dizem respeito ao bem estar coletivo: uma necessidade humana fundamental.

### **Considerações Finais**

Pensar a *precarização*, seja qual for o contexto, exige que se revele a correlação de forças que a subjaz. A reflexão exposta anteriormente demarca a necessidade de se atentar para a correlação de forças presente no contexto da política de saúde brasileira, em que o Sistema Único de Saúde é a maior expressão, e como esta correlação têm se desenvolvido. Ou seja: quais sujeitos e/ou instituições se fazem presente quando a questão é a ampliação (com qualidade) ou retrocessos neste setor se se considera para quem, e por quem, a política de saúde foi pensada? Quais seus reais destinatários? Quais mecanismos se poderia lançar mão para que ações que se manifestem contra a universalidade das políticas não sejam levadas a cabo? Estes são alguns dos muitos desafios postos ao processo de implementação do SUS na

---

criação da EBSEH, empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. (SODRÉ, *et al.*, 2013, p. 371)

contemporaneidade e que não prescinde da necessidade do debate qualificado. Debate que contribua para o esclarecimento da essencialidade desta política em razão do seu legado histórico para a sociedade brasileira.

Reafirmamos o entendimento de que sem um amplo esclarecimento acerca do papel dos organismos internacionais nas decisões relativas às políticas sociais (seja em qualquer setor) não se pode vislumbrar a possibilidade concreta de empreender a construção substantiva de uma política pública. O que converge ao que Yamamoto (2009, p. 165) denomina ser uma “[...] ‘política com muita política’, em contraposição à ‘pequena política’ e à ‘política dos técnicos’, a contra-política [...]”. Nessa direção, será possível conjugar esforços de modo que as demandas em saúde, postas no cotidiano da vida de muitos brasileiros e brasileiras na atualidade, sejam materializadas com a qualidade presente nos pressupostos constitucionais.

## Referências

- ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/16.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. *In*: GENTILI, Pablo & FRIGOTTO, Gaudêncio (Orgs). **A cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho**. São Paulo: Cortez, 2001, pp. 35-48.
- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As Mutações no mundo do trabalho na Era da Mundialização do Capital. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em 15 dez. 2015.
- ANTUNES, Ricardo; DRUCK, Graça. A terceirização como regra?. **Rev. TST**, Brasília, v. 79, n. 4, out./dez. 2013.
- BORLININI, Leandra Maria. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010.
- BORSOI, Izabel Cristina F. Vivendo para trabalhar: do trabalho degradado ao trabalho precarizado. **Convergencia**, Toluca, v. 18, n. 55, ene./abr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-14352011000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352011000100005)>. Acesso em: 24 dez. 2015.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sírios, 2014. 98 p.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE. **A PEC 451 viola o direito à saúde e promove a segmentação do SUS.** Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/03/a-pec-451>>. Acesso em: 19 set. 2015.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Retrocesso no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO et al. (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate:** as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da Saúde via Novos Modelos de Gestão: Organizações Sociais (OSS) em Questão. In: BRAVO et al. (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate:** as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

HAESBAERT, Rogério. Os dilemas da globalização-fragmentação. In: HAESBAERT, Rogério (Org.). **Globalização e fragmentação no mundo contemporâneo.** 2. ed., Niterói: UFF, 2013, p. 11-53.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **As dimensões Ético-políticas e teórico-Methodológicas no Serviço Social contemporâneo.** In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). 2. São Paulo: Cortez, 2009. p. 161-196.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). 2. São Paulo: Cortez, 2009. p. 218-241.

PEREIRA, Potyara A. P. A política social no contexto da seguridade social e do Welfare State. **Serv. Soc. Soc.**, ano 19, n. 56, mar. 1988.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde do Brasil:** uma pequena revisão. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2165>>. Acesso em 15 ago. 2014.

SODRÉ, Francis et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 365–380, abr./jun. 2013.